



JUVENILE REHABILITATION ADMINISTRATION (JRA)

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (FIS)
FINANCIAL INFORMATION STATEMENT (FIS)

| | |
|---------------|------------|
| NAME OF YOUTH | JRA NUMBER |
|---------------|------------|

I. INFORMACIÓN PERSONAL (LETRA DE MOLDE)

| | | | | |
|---|---------------|----------------------------|--|-------------------------|
| APELLIDO DEL PADRE/MADRE | PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | PARENTESCO CON EL MENOR |
| ESTADO CIVIL ACTUAL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Soltero | | | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) () | |
| DOMICILIO | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NOMBRE Y DOMICILIO DEL EMPLEADOR | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| APELLIDO DEL CÓNYUGE | PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE | PARENTESCO CON EL MENOR |
| NOMBRE Y DOMICILIO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |

1. ¿Está recibiendo asistencia financiera del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)? Sí No
 De ser sí, escriba su número de caso/unidad de asistencia (AU): _____

2. ¿Recibe o está autorizado a recibir asistencia para la adopción? Sí No
 De ser sí, especifique para cuáles niños:

3. ¿Fueron usted, su cónyuge, su hijo/a o el(la) hijo/a de su cónyuge víctimas del crimen por el cual se confina al menor?
 Sí No
 De ser sí, adjunte prueba.

II. DEPENDIENTES (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Número total de personas en su hogar que usted declara en su declaración de impuestos federales (no incluya al menor delincuente)

Enumere el/los nombre/s y parentesco/s de los integrantes del hogar:

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO |
|--------|------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (FIS)

| | |
|---------------|------------|
| NAME OF YOUTH | JRA NUMBER |
|---------------|------------|

iii. INGRESOS

- ¿Paga usted manutención de niños? Sí No De ser sí ¿cuánto?: \$ _____
- ¿Cobra usted manutención de niños? Sí No De ser sí ¿cuánto?: \$ _____
- ¿Paga usted pensión alimenticia entre cónyuges separados o divorciados? Sí No De ser sí ¿cuánto?: \$ _____
- ¿Cobra usted pensión alimenticia entre cónyuges separados o divorciados? Sí No De ser sí ¿cuánto?: \$ _____

INGRESO MENSUAL DE TODAS LAS FUENTES

| | | |
|-------------------------|--------------------|----------------------------------|
| SU SALARIO BRUTO | INGRESO DE NEGOCIO | SALARIO BRUTO DEL CÓNYUGE |
| \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

OTRO INGRESO MENSUAL (PENSIONES, PAGO DE JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL, BENEFICIOS PARA VETERANOS, FONDO FIDUCIARIO, SEGURO DE DESEMPLEO, LABOR E INDUSTRIAS, ETC.)

| TIPO DE INGRESO | MONTO | NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO |
|-----------------|----------|--|
| | \$ _____ | |
| | \$ _____ | |
| | \$ _____ | |
| | \$ _____ | |

Las declaraciones que realicé son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento. Estoy consciente de que DSHS podría verificar mis declaraciones.

FIRMA

FECHA

FOR DEPARTMENT USE ONLY

| | |
|--|---|
| Gross Salary \$ _____ Business Income \$ _____ Spouse's Gross Income \$ _____ (exclude if spouse is a stepparent) Other income \$ _____ (exclude if stepparent's or stepchild's income) TOTAL \$ _____ <u>Deduct child support paid</u> -\$ _____ <u>Deduct spousal maintenance paid</u> -\$ _____ <u>Add child support received</u> + \$ _____ <u>Add spousal maintenance received</u> + \$ _____ TOTAL GROSS \$ _____ | Number of countable dependents: _____ $\begin{matrix} \$ \text{ _____} & \times & \text{ _____} & = \\ \text{TOTAL GROSS} & & \% & \end{matrix}$ <p>(see WAC 388-720-00)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">MONTHLY</p> |
|--|---|